



Ministerio  
de Salud Pública

FORMULARIO DE INSPECCIÓN  
ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD  
SERVICIOS DE APOYO

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD

Informe N°:

|                                                                     |                                  |                                  |                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:                              | PÚBLICO <input type="checkbox"/> | PRIVADO <input type="checkbox"/> | CÓDIGO :                                                                                                       |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO:                          |                                  |                                  | CLASE DE RIESGO: A                                                                                             |
|                                                                     |                                  |                                  | NÚMERO DE RUC:                                                                                                 |
| NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:                       |                                  |                                  | FECHA DE INSPECCIÓN:                                                                                           |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO:                                     |                                  |                                  | FECHA DE REINSPECCIÓN:                                                                                         |
| ACTIVIDAD/ES:                                                       |                                  |                                  | ACTIVIDAD/DES<br>CORRESPONDEN AL TIPO DE<br>ESTAB.: SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> |
| DIRECCIÓN:                                                          |                                  |                                  | ZONA:                                                                                                          |
| Calles (Principal y secundaria) y N°                                |                                  |                                  | DISTRITO:                                                                                                      |
| TRÁMITE:                                                            |                                  |                                  | PROVINCIA:                                                                                                     |
| Permiso de Funcionamiento por primera vez: <input type="checkbox"/> |                                  |                                  | CANTÓN:                                                                                                        |
| Renovación de Permiso de Funcionamiento <input type="checkbox"/>    |                                  |                                  | TELÉFONO:                                                                                                      |
| Modificaciones o ampliaciones <input type="checkbox"/>              |                                  |                                  |                                                                                                                |

MARCAR CON UN VISTO SEGÚN CORRESPONDA

| INFRAESTRUCTURA                                      |                                                                |  |    | EQUIPAMIENTO  |    |               |    |                |    |                    |    | OBSERVACIONES |    |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|----|---------------|----|---------------|----|----------------|----|--------------------|----|---------------|----|
| AMBIENTES                                            |                                                                |  |    | Equipo Médico |    | Equipo Médico |    | Equipo General |    | Mobiliario General |    |               |    |
|                                                      |                                                                |  | Si | No            | Si | No            | Si | No             | Si | No                 | Si |               | No |
| Dirección y Administración                           |                                                                |  |    |               |    | N/A           |    | N/A            |    |                    |    |               |    |
| Admisión                                             | Recepción, información y estadística                           |  |    |               |    | N/A           |    | N/A            |    |                    |    |               |    |
|                                                      | Sala de espera general                                         |  |    |               |    | N/A           |    | N/A            |    | N/A                |    |               |    |
|                                                      | Baños/Batería Sanitaria                                        |  |    |               |    | N/A           |    | N/A            |    |                    |    |               |    |
| Consulta externa                                     | Consultorio de especialidades clínico quirúrgicas (con lavabo) |  |    |               |    |               |    |                |    |                    |    |               |    |
|                                                      | Trabajo Social-condición                                       |  |    |               |    | N/A           |    | N/A            |    |                    |    |               |    |
| Rehabilitación-puede contar con algunas prestaciones | Terapia Física                                                 |  |    |               |    |               |    |                |    |                    |    |               |    |
|                                                      | Terapia de Lenguaje                                            |  |    |               |    |               |    |                |    |                    |    |               |    |
|                                                      | Terapia Ocupacional                                            |  |    |               |    |               |    |                |    |                    |    |               |    |
|                                                      | Estimulación Temprana                                          |  |    |               |    | N/A           |    |                |    |                    |    |               |    |
|                                                      | Psicorehabilitación Infantil y Psicología Clínica              |  |    |               |    | N/A           |    |                |    |                    |    |               |    |
| Servicios Generales                                  | Bodega/Almacenamiento                                          |  |    |               |    | N/A           |    | N/A            |    | N/A                |    |               |    |
|                                                      | Vestidores Generales-condición                                 |  |    |               |    | N/A           |    | N/A            |    | N/A                |    |               |    |
|                                                      | Cuarto/Área Limpieza                                           |  |    |               |    | N/A           |    | N/A            |    |                    |    |               |    |
|                                                      | Almacenamiento final de desechos                               |  |    |               |    | N/A           |    | N/A            |    | N/A                |    |               |    |

CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

| Estructura General                                                                                | Si | No | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| Pisos: Lisos, antideslizantes de fácil limpieza, sin barreras arquitectónicas                     |    |    |               |
| Paredes: Acabado liso de fácil limpieza, pintura lavable colores claros                           |    |    |               |
| Cielo Raso/Cielo Falso: Fijos/desmontables de fácil limpieza de colores claros                    |    |    |               |
| Puertas y Ventanas: Con superficies lisas de fácil limpieza. Estructura y materiales resistentes. |    |    |               |
| Instalaciones Generales del Establecimiento                                                       | Si | No | Observaciones |
| Rótulo que señale el tipo de establecimiento y la Razón Social y/o nombre comercial               |    |    |               |
| Accesos internos y externos diferenciados                                                         |    |    |               |
| Baño/Batería sanitaria                                                                            |    |    |               |
| Iluminación natural o artificial                                                                  |    |    |               |
| Ventilación natural o artificial                                                                  |    |    |               |
| Lavabo en cada área de consulta médica                                                            |    |    |               |
| Eléctricas                                                                                        |    |    |               |

|                                                                |           |           |                      |
|----------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------------------|
| Abastecimiento de agua potable o segura                        |           |           |                      |
| Desague de aguas lluvias / aguas residuales                    |           |           |                      |
| Generador eléctrico en funcionamiento (condición)              |           |           |                      |
| <b>NORMAS DE BIOSEGURIDAD</b>                                  | <b>SI</b> | <b>No</b> | <b>Observaciones</b> |
| Equipos de Protección                                          |           |           |                      |
| <b>VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS</b>                              | <b>Sí</b> | <b>No</b> | <b>Observaciones</b> |
| Títulos de los profesionales de la salud registrados en el MSP |           |           |                      |

|                        |    |    |
|------------------------|----|----|
| ESTABLECIMIENTO CUMPLE | Si | No |
|                        |    |    |

#### COMISIÓN TÉCNICA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

| CARGO                     | NOMBRES Y APELLIDOS | NÚMERO DE CÉDULA | FIRMA |
|---------------------------|---------------------|------------------|-------|
| LIDER DE LA COMISIÓN      |                     |                  |       |
| INTEGRANTE DE LA COMISIÓN |                     |                  |       |
| INTEGRANTE DE LA COMISIÓN |                     |                  |       |

#### NOTIFICACIÓN ESTABLECIMIENTO INSPECCIONADO

|                          | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | NÚMERO DE CÉDULA | FIRMA |
|--------------------------|---------------------|-------|------------------|-------|
| RECIBE COPIA DEL INFORME |                     |       |                  |       |

OBSERVACIONES:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

#### REINSPECCIÓN

FECHA:

|                        |    |    |
|------------------------|----|----|
| ESTABLECIMIENTO CUMPLE | Si | No |
|                        |    |    |

#### COMISIÓN TÉCNICA RESPONSABLE DE LA REINSPECCIÓN

| CARGO                     | NOMBRES Y APELLIDOS | NÚMERO DE CÉDULA | FIRMA |
|---------------------------|---------------------|------------------|-------|
| LIDER DE LA COMISIÓN      |                     |                  |       |
| INTEGRANTE DE LA COMISIÓN |                     |                  |       |
| INTEGRANTE DE LA COMISIÓN |                     |                  |       |

#### NOTIFICACIÓN ESTABLECIMIENTO REINSPECCIONADO

|                          | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | NÚMERO DE CÉDULA | FIRMA |
|--------------------------|---------------------|-------|------------------|-------|
| RECIBE COPIA DEL INFORME |                     |       |                  |       |

OBSERVACIONES:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |